

Nuevas estrategias en la prevención cardiovascular: la importancia del consenso

Full-text papers at core.ac.uk

Las sociedades científicas y otras organizaciones implicadas en la prevención cardiovascular han venido emitiendo distintas recomendaciones para su aplicación en la práctica clínica en los últimos años. El creciente número de evidencias científicas disponibles de alta calidad (basadas en ensayos clínicos y metaanálisis) ha permitido la elaboración de un gran número de guías clínicas, a menudo basadas en la prevención, diagnóstico y tratamiento de un factor de riesgo (FR) en particular (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, etc.), pero sin olvidar la necesidad de un enfoque preventivo global de la enfermedad cardiovascular (ECV), dados su origen multifactorial y el efecto sinérgico entre los distintos FR.

Este enfoque integral de la prevención cardiovascular se ha constituido ya en la norma en las ediciones de las más importantes guías y directrices sobre hipertensión arterial e hipercolesterolemia, así como en las anteriores guías de prevención cardiovascular en la práctica clínica de las sociedades europeas, de 1998¹.

En el escenario actual, donde diversas sociedades relevantes en el área de la prevención cardiovascular (cardiología, medicina interna, medicina de familia, hipertensión arterial, arteriosclerosis, diabetes, neurología, nefrología, epidemiología y salud pública, entre otras) de diferente ámbito (nacional, europeo, internacional) pueden elaborar cada una su guía con sus propias recomendaciones (eso sí, basadas generalmente en las mismas o similares evidencias, aunque a veces con interpretaciones parciales o puntualmente distintas), es necesario alcanzar un consenso que incluya y aglutine las recomendaciones preventivas de forma comprensible. Esto es especialmente importante para el médico de familia, que precisa de una información rigurosa y sintética, como premisa fundamental, de modo que pueda aplicar de forma inmediata la evidencia científica a la práctica clínica diaria.

La complejidad y la heterogeneidad de las recomendaciones, aunque sustancialmente el mensaje que intentan transmitir sea el mismo, no hacen sino crear confusión en el médico de atención primaria y dificultar la puesta en práctica de ciertas evidencias y recomendaciones que, por otra parte, tienen poca discusión. Algunos ejemplos hablan por sí solos: los objetivos terapéuticos en prevención secundaria recomendados ampliamente en las distintas guías están muy lejos de alcanzarse en la práctica real, como pone de manifiesto el estudio paneuropeo EUROASPI-

RE², realizado precisamente en los pacientes que requieren una intervención más enérgica y con un mayor peso en la evidencia, es decir, aquellos que ya han presentado alguna manifestación clínica de ECV (en este caso, enfermedad coronaria). Un 20% de los pacientes continúan fumando, más de la mitad no tienen bien controlada la presión arterial (con objetivo < 140/90 mmHg) y el 25% son obesos. Peor aún, al cabo de 4 años (en 1999-2000) los resultados de control son incluso peores en algunos FR cardiovasculares (mayor obesidad, hasta el 33%) y sólo es ostensible la mejoría en el control lipídico (el grado de control aumenta desde un 14 a un 42%), lo que está estrechamente vinculado a un mayor uso de estatinas en estos pacientes.

Tanto los datos españoles del EUROASPIRE como otros datos propios³ no difieren mucho de los europeos generales. Si sucede esto con los pacientes más vulnerables y prioritarios para la prevención cardiovascular, ¿qué podemos esperar de la población sana en cuanto a resultados de control de los FR? Un reciente estudio⁴ sobre el control de la hipertensión arterial en España en atención primaria ha mostrado un mejor control que estudios anteriores: se ha alcanzado el 36% (poco más de la tercera parte), pero con la matización de que eran pacientes atendidos en atención primaria que habían recibido tratamiento farmacológico en los últimos 3 meses.

Entre los pacientes diabéticos, en los que algunas importantes sociedades científicas (American Diabetes Association) insisten en recomendar incluso el uso de aspirina en la prevención primaria de la ECV (además de un control estricto de los otros FR), sólo el 14% recibe tratamiento antiagregante. Esto no es lo peor, ya que sólo el 56% de los pacientes lo reciben en prevención secundaria⁵, lo que no deja de sorprendernos y debe llamar a la reflexión. No insistiremos más en estos datos, que nos llevan a una enorme paradoja: la que existe actualmente entre las recomendaciones en las guías clínicas basadas en la mejor evidencia disponible y la cruda realidad del pobre control tanto en la prevención primaria como en la secundaria de la ECV.

¿Son necesarias nuevas estrategias? Parece claro que la brecha existente entre las recomendaciones y la práctica se mantiene a pesar de la proliferación de guías y recomendaciones. Las posibles soluciones cara a optimizar la prevención cardiovascular pasan por alcanzar un amplio consenso en las recomendaciones preventivas, que incluya a las

distintas sociedades científicas involucradas, en las que se ofrezca una imagen sólida e inequívoca. Con mayor fundamento, dentro de una misma sociedad científica, los distintos grupos de trabajo o secciones deben emitir un mensaje homogéneo. La confusión que se crea al médico asistencial cuando los mensajes no son claros e inequívocos a veces no es suficientemente valorada por los expertos, que a menudo se encuentran lejos de la realidad asistencial.

Más allá de la discusión, con frecuencia retórica, sobre cuál debe ser el punto de corte para considerar la presencia de un FR (variables por otro lado continuas), cuál debe ser el objetivo de control óptimo (cifras a menudo algo arbitrarias fruto del consenso entre expertos más que de evidencias inequívocas, y que frecuentemente tienen una temprana caducidad), deberíamos poner el acento en la difusión y las estrategias de implementación en la práctica real. Debemos preguntarnos cuáles son las auténticas limitaciones que el médico de familia tiene para alcanzar los objetivos o llevar a cabo las estrategias preventivas, todo ello bajo el paraguas de un amplio consenso en la prevención de la enfermedad que mayor número de muertes e incapacidad produce en el mundo occidental.

Con el objetivo de dar respuesta a todos estos interrogantes, se presenta en este número de la Revista el documento traducido y adaptado a la realidad española de la guía europea para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en la práctica clínica, elaborada por el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Dicho Comité se creó en junio del año 2000, coincidiendo con una reunión regional europea sobre prevención cardiovascular, y está formado por representantes elegidos por las juntas directivas de 11 sociedades científicas involucradas en la prevención cardiovascular (Sociedad Española de Arteriosclerosis, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Diabetes, Sociedad Española de Epidemiología, Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española de la Lucha Contra la Hipertensión Arterial, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, Sociedad Española de Nefrología, Sociedad Española de Neurología, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) y un representante de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo. A través del CEIPC se pretende transmitir a los médicos españoles un enfoque conjunto y homogéneo que facilite y apoye sus decisiones para la prevención cardiovascular en la práctica clínica diaria y evitar así la multiplicidad de criterios. Este aspecto es, a nuestro entender, de suma importancia, ya que nos permite disponer de un único documento en prevención cardiovascular consensuado por todas las sociedades científicas. Igualmente, el CEIPC está abierto a otras sociedades científicas que en estos momentos no formen parte de él pero que en un futuro tam-

bién pudieran contribuir con su conocimiento específico en la prevención cardiovascular. En este documento se han introducido algunas modificaciones con respecto al documento original europeo⁶, con el fin de adaptarlo a las características epidemiológicas de las enfermedades cardiovasculares en España y a nuestro sistema sanitario. Confiamos en que este documento sea una herramienta útil para el trabajo diario de los múltiples profesionales sanitarios implicados e interesados en la prevención cardiovascular. Ésta es la primera vez que aparece publicado un documento del CEIPC, que continuará analizando las nuevas evidencias científicas disponibles con la idea de actualizar y emitir recomendaciones de prevención cardiovascular en España.

Dentro de los objetivos de la implementación de estas recomendaciones en la práctica clínica, el CEIPC consideró importante desarrollar estrategias de difusión, como ahora publicar este documento de adaptación en la revista *ATENCIÓN PRIMARIA*, a la vez que se ha hecho o se hará próximamente en otras 8 revistas científicas españolas, y en sus páginas *web*. Después de estas y otras estrategias de difusión —como la presentación y discusión de este documento en los congresos nacionales de las diferentes sociedades científicas— será importante evaluar el grado de penetración de estas recomendaciones en la práctica asistencial, sobre todo de atención primaria. Para ello, desde el CEIPC se diseñarán y coordinarán estudios de ámbito nacional, a fin de conocer no sólo hasta qué punto se están utilizando estas guías, sino también cuáles son las posibles barreras en su implementación y las limitaciones que el médico de familia tiene para alcanzar los objetivos marcados en estas recomendaciones, tal como se ha comentado antes.

Aunque la semFYC ya está representada en el CEIPC, estamos abiertos a cualquier comentario, sugerencia u opinión, que sin duda trasladaremos al seno del Comité para que pueda discutirse. Esperamos que esta iniciativa sea un camino sin retorno y que estas y las nuevas actualizaciones en prevención cardiovascular que vayan apareciendo en el futuro sean el fruto de un debate abierto y transparente entre las diferentes sociedades científicas españolas, para que todos podamos trabajar con la misma herramienta, en la misma dirección y con un objetivo común: el de evitar nuevos casos de enfermedad cardiovascular y promover la salud cardiovascular de la población que atendemos en las consultas de atención primaria.

J.M. Lobos Bejarano^a y C. Brotons Cuixart^b

^aCoordinador del Grupo de Trabajo semFYC sobre Enfermedad Cardiovascular. Representante de semFYC en el CEIPC.

^bMiembro del Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular del PAPPS (semFYC). Coordinador del CEIPC.

Bibliografía

1. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force and other Societies on Coronary Prevention. *Eur Heart J* 1998; 19:1434-503.
2. Wood DA, for the EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001;357:995-1001.
3. Brotons C, Permanyer G, Pacheco V, Moral I, Ribera A, Cascant P. PREMISE Study Group. Prophylactic treatment after myocardial infarction in primary care: how far can we go? *Fam Pract* 2003;20:32-5.
4. Llisterri JL, Rodríguez Roca G, Alonso FJ, Lou S, Divisón J, Santos JA, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2002. *Med Clin (Barc)* 2004;122:165-71.
5. Esmatjes EC, Castell C, Franch J, Puigoriol E, Hernáez R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* 2004;122:96-8.
6. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). Executive summary. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003;24:1601-10.